

# 介護保険施設整備における他法令確認シート

法人名： \_\_\_\_\_

設立予定地

(地番)： \_\_\_\_\_

## <応募サービス名称>

- 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（地域密着型特別養護老人ホーム）
- 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護
- 小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護
- 看護小規模多機能型居宅介護

## <設立予定地について(※1)>

公簿面積	_____ m <sup>2</sup>	使用面積 (実測)	_____ m <sup>2</sup>	登記地目	
区分	<input type="checkbox"/> 市街化区域 <input type="checkbox"/> 市街化調整区域	用途地域 その他制限			
接道状況 (※2)	[ 市道・県道・国道・私道 ](幅員_____m)と_____m 接道している。				
造成の有無	有 (造成予定面積_____m <sup>2</sup> ) ・ 無		開発許可 の要否	要 ・ 不要	
宅地造成工事規制区域	区域内 ・ 区域外				

※1 都市計画図(A3サイズ)を添付してください。

※2 大津市道と接道している場合は、道路台帳の写しを提出してください。

★その他許認可を要する法規制等がある場合は、裏面「その他」に記載してください。

## <建物について>

建物構造	_____造、地上_____階建（新設・既存）、延床面積_____m <sup>2</sup>				
(既存建物の場合) 建築年月(※3)	昭和・平成_____年		(既存建物の場合) 用途変更の要否	要 ・ 不要	

※3 昭和56年5月31日以前の建築物は、耐震診断が必要となります。

<裏面あり>

<関係部署との協議状況について>

(協議年月日・協議事項・担当課からの意見等を簡潔に記載してください。)

開発調整課	
建築指導課	
その他	